



Número: **0828128-07.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CLAUDIANO SILVA DA COSTA (AUTOR)		FABIO MACHADO DA SILVA (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11175901	30/06/2017 23:37	Procuração - Doc. Pessoais - Atestado de Pobreza	Procuração
11175899	30/06/2017 23:37	Boletim de Atendimento Médico e BO do Acidente	Documento de Comprovação
11175898	30/06/2017 23:37	Doc. do Veículo e Pedido Administrativo	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Claudioana Silva da Costa brasileiro (a),
Casado, Pedreiro, portador do RG nº 1074345 e CPF nº
632.065.144-29 residente e domiciliado a
Rua Padre Marcos Apuigio Santiago, 151, São Geraldo
Ceará - Mirim

OUTORGADOS:

FÁBIO MACHADO DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 7594, **RANIERE MACIEL QUEIROZ EMIDIO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-RN 9.089 e **ADRIANA MARIA FERREIRA DE SOUZA**, solteira, bacharel em direito, inscrita no RG Nº 001.487.572 SSP/RN, ambos com endereço profissional à Av. Raimundo Chaves, 1436, B. Candelária, Natal/RN.

PODERES:

Para o foro em geral, com as cláusulas **AD JUDICIA ET EXTRA**, para praticar todos os atos judiciais e administrativos, **IN SOLIDUM** ou cada um de **PER SI**, e independente de ordem de nomeação, agir em defesa dos interesses do Outorgante, podendo propor as ações judiciais competentes como Autor ou Réu, Assistente ou Oponente, Embargante ou Embargado, e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até o final da decisão, usando os recursos legais que se fizerem necessários e o acompanhado até o final do julgamento, que confere ainda os poderes amplos e gerais, irrevogáveis, bem como poderes expressos para acordar e assinar termos, conferindo-lhe ainda, para receber citação inicial, firmar compromissos e/ou acordos, discordar, concordar, confessar, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo e/ou fora dele, representando-os junto a qualquer Tribunal Judicial de primeira a última instância, como também, nos órgãos da Administração Direta, Indireta, Autárquica dos Governos Federal, Estadual e/ou Municipal, sendo o presente instrumento de mandato, oneroso e contratual, podendo ainda renunciar ou substabelecer esta, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Ceará - Mirim/RN, 13 Abril de 2016.

x Claudioana Silva da Costa
OUTORGANTE

LUCIENE VIEIRA DO NASCIMENTO
 RUA PADRE MARCOS AFRÁSIO SANTIAGO
 151

CPF 030.131.564-31/NIS 18391974999
 S/O GERALDO/AREAL-MA
 CEARÁ MIRIM RN
 59570-000

25.000 kWh
 B1 RESIDENCIAL
 RUA RENEZA COMME
 Manifestação

7003027384 03/2016

NOTA FISCAL 700302732
 DATA DE EMISSÃO 18/03/2016
 DATA DE VENCIMENTO 17/04/2016
 VALOR TOTAL 30,57

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	0,1749835	5,24
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	55,000000	0,29848269	16,37
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,35
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,10
Contribuição para a Manutenção do Sistema			2,87
ICMS-Parcela Subvenção			2,94

TOTAL DA FATURA 30,57

Nº DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LETURA	ATUAL DATA	ATUAL LETURA	Nº DO TAP	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWh)
20100000	001	12/02/2016	3874	13/03/2016	3910	10000	1,0000		36

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO					
USO	VALOR DE CÁLCULO	VALOR DO IMPORTE	Descrição do Grupo	R\$	%
USO 1	14,14	18,00	Transmissão	0,40	1,31
USO 2	14,14	18,00	Distribuição (Custo)	2,96	9,69
USO 3	14,14	18,00	Energia Fornecida	1,23	4,03
USO 4	14,14	18,00	Tributação	6,14	20,06
USO 5	14,14	18,00	Total	20,73	67,99
USO 6	14,14	18,00	Consumo Ativo até 30 kWh	5,24	17,14
USO 7	14,14	18,00	Consumo Ativo superior a 30 kWh	16,37	53,35

O pagamento desta fatura implica a ativação de 12 meses de garantia de funcionamento do sistema de medição e de 12 meses de garantia de funcionamento do sistema de medição de consumo. O cliente é responsável por manter o sistema de medição de consumo em funcionamento e por manter o sistema de medição de consumo em funcionamento. O cliente é responsável por manter o sistema de medição de consumo em funcionamento e por manter o sistema de medição de consumo em funcionamento.

Não existem tarifas de 12 e 24 meses de garantia de funcionamento do sistema de medição de consumo e de 12 meses de garantia de funcionamento do sistema de medição de consumo. O cliente é responsável por manter o sistema de medição de consumo em funcionamento e por manter o sistema de medição de consumo em funcionamento. O cliente é responsável por manter o sistema de medição de consumo em funcionamento e por manter o sistema de medição de consumo em funcionamento.

USO	VALOR DE CÁLCULO	VALOR DO IMPORTE	Descrição do Grupo	R\$	%
USO 1	14,14	18,00	Transmissão	0,40	1,31
USO 2	14,14	18,00	Distribuição (Custo)	2,96	9,69
USO 3	14,14	18,00	Energia Fornecida	1,23	4,03
USO 4	14,14	18,00	Tributação	6,14	20,06
USO 5	14,14	18,00	Total	20,73	67,99

Declaração de pobreza para fins judiciais

Eu, Claudioano Silva da Costa,
brasileiro (a), estado civil: Casado, profissão: Peixeiro,
RG: 1574345, CPF: 032.065.114-29, residente e
domiciliado na Rua: Padre Marcos Apregio Santiago
151, São Geraldo, Lapa - Lirio,
declaro para os fins de obtenção de assistência judiciária gratuita e sob as
penas da lei, que não possuo recursos suficientes para custear qualquer
demanda, sem prejuízo do meu sustento e o da minha família. -----

Lapa - Lirio, 13 de Abril de 20 16.

Local e Data

X Claudioano Silva da Costa

Declarante



Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Dr. Percilio Alves



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 1016.023.482

Nome: CLAUDIANO SILVIA DA COSTA
Data de Nascimento: 02/12/77 Cartão SUS: 1639180608400181
Endereço: R. PE. MARCOS A. SANTILHA Cidade: P.M.
Ponto de Referência: 210/51 Telefone: _____
Data do Atendimento: 02/04/16 Horas: 23:30
Responsável: QUELSON Nome da Mãe: _____

☒ CL Médica ☐ CL Pediátrica ☐ CL Obstétrico ☐ CL Cirúrgica

TA: 50/90 Pulso: _____ Respiração: _____ Temp: _____ Peso: _____

História - Exame Físico:

Presença com história f. e supracardíaca
de ruído, estase e de secreções
Ausculta cardíaca NN
Pulmões NN. L. B. com f. h. insólito.

Diagnóstico - Tratamento:

(1) Recente. Causa e limites não definidos.
(2) Contínuo. pr. com dor de
(3) DIAPHRAGMA O AMP/ H 10 - (JBD) EV h. t. o

Destino do Paciente:

- () Ficou na urgência em observação de _____ Hs. Às _____ Hs.
() Internado neste hospital.
() Liberado
() Encaminhado para _____
() Óbito em _____ às _____ h

Destino do corpo: _____

Assinatura Plantonista do Registro

Assinatura do Médico/Carimbo



Num. 11175899 - Pág. 2

Seguradora Líder-DPVAT

www.seguradoralider.com.br

CONSULTAR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas
- Documentos Invalidiz Permanente
- Documento Morte
- Dicas Indispensáveis

Como Funciona

- Como Pagar
- Consulta a Pagamentos Efetuados
- Informações Gerais

acompanhar processo

Clique aqui para saber sobre o

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160288274 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CLAUDIANO SILVA DA COSTA
COBERTURA Invalidiz
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO CLAUDIANO SILVA DA COSTA
CPF/CNPJ: 03206511429

Posição em 14-02-2017 11:05:49

Perido de indenização cancelado. Para mais informações procure a seguradora responsável pelo processo.

11/16
POR 97E2 14/02/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luivaldo Rodrigues dos Santos,

RG nº 2.252-063, data de expedição 31/05/2002

Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 053.448.564-02, com

domicílio na cidade de Guara-Mirim, no Estado de

RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rio do Índio, nº 150,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Elancliano Silva da Costa, cujo o condutor era

Elancliano Silva da Costa.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda/CG 150 Titan-ESD

Ano: 2012

Placa: NNV4834

Chassi: 902RC1650CRS26060

Data do Acidente: _____

Local e Data: _____



Luivaldo Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Reconheço a Firma de Luivaldo Rodrigues dos Santos

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Por Autenticidade do que dou Fé,
Ceará-Mirim-RN, 08 ABR 2016

Em Teste _____ da Verdade

[Assinatura]
Nathaniel Pinheiro

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante

Nome Claudiano Silva da Costa, brasileiro (a), estado civil casado, profissão Pedreiro, identidade 1574345, CPF 032.065.114-39, endereço Rua Padre Marcos Apregio Santiago, 191, São Geraldo, Ceana-Mirim

Outorgado

Nome Luciene Victor do Nascimento, brasileiro (a), estado civil casada, profissão do lar, identidade 1.976.021, CPF 036.131.964-31, endereço Rua Padre Marcos Apregio Santiago, 191, São Geraldo, Ceana-Mirim

Por este instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, a fim de receber a indenização referente ao seguro obrigatório - DPVAT, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr. (a) Claudiano Silva da Costa ocorrido em 02 / 04 / 2016, conforme registrado pelo Boletim de Ocorrência Policial anexo ao processo. Podendo para tanto representar o (a) Outorgante, como se o próprio fosse, podendo substabelecer esta, requerer o que necessário for, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorizações de pagamento/crédito de indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, assim como todos os papéis e documentos que forem precisos praticar e todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.



Reconheço a Firma de Claudiano Silva da Costa XXXXXXXXXXXXXXX

Por Autenticidade do que dou Fé
Ceará-Mirim-RN, 05 ABR 2016

Em Teste [Assinatura] da Verdade

Notário Público

de _____ do ano de _____

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)